

Nombre de Empleado/Dependiente _____ _____ Dirección _____ _____ Teléfono _____ No. de Empleado _____	<p align="center">OPCIÓN SELECCIONADA DEL PLAN DE SALUD</p> Plan: Empleados y jubilados bajo la edad de 65. Opciones de Jubilados – mas de 65: <input type="checkbox"/> United HealthCare <input type="checkbox"/> PacifiCare EPO <input type="checkbox"/> RAN/AMN <input type="checkbox"/> Schaller Anderson Healthcare <input type="checkbox"/> United HealthCare PPO <input type="checkbox"/> AZ Foundation <input type="checkbox"/> United HealthCare <input type="checkbox"/> Beech Street
--	--

Usted debe solicitar ayuda del TOC si usted contesta "sí" a cualquier pregunta abajo, no importa si su doctor está participando en su nuevo plan.

FORMA PARA LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO

Favor de proporcionar la información completa para asegurar la administración oportuna del TOC. La información proporcionada no causará que se le niego la inscripción del plan medico. Esta información es solamente para el equipo de la transición y su plan de la salud. Esta información no será compartida con su patrón.

Por favor llene una forma separada por cada miembro bajo el plan:

POR FAVOR MARQUE TODO LO QUE LE APLIQUA

- ¿Usted ha recibido o lo han evaluado para un transplante? Si No
- ¿Esta Usted en los últimos 6 meses de embarazo o se alivio en menos de 6 semanas? Si No
- ¿Esta Usted embarazada y diagnosticada como un “Embarazo de Alto Riesgo”? Si No
- ¿Esta Usted bajo tratamiento de radiación o quimioterapia para cáncer? Si No
- ¿Esta Usted bajo tratamiento activo para el desorden inmunosupresivo? Si No
- ¿Es Usted tratado activamente para una enfermedad severa o de la etapa final del riñón? Si No
- ¿Esta Usted bajo tratamiento de diálisis? Si No
- ¿Ha tenido algún procedimiento/cirugía durante las últimas 6 semanas? Si No
- ¿Tiene algún procedimiento/cirugía programada en los próximos 3 meses? Si No
- ¿Ha estado hospitalizado en las últimas 6 semanas? Por favor marque abajo. Si No
- Hospital: Si es si, fecha de dar de alta _____
- Facilidad de Enfermera Experta: Si es sí, fecha de dar de alta _____
- Centro de Comportamiento de Salud/Abuso de sustancia: Si es si, fecha de dar de alta _____
- Centro de Rehabilitación Aguda. Si es sí, fecha de dar de alta _____
- ¿Esta Usted bajo el tratamiento de Hospicio? Si No
- ¿Esta Usted recibiendo alguna de las siguientes terapias ya sea en casa o en una clínica:
Terapia física, terapia ocupacional o terapia del discurso? Si No
- ¿Esta Usted recibiendo cuidado médico casero? Si No

¿Esta Usted recibiendo terapias de infusión IV casera o infusión de paciente no internado, por ejemplo, transfusiones de sangre o terapia antibiótica? Si No

¿Esta Usted usando cualquier DME (Equipo Medico Durable), por ejemplo, silla de ruedas, andadera, muletas, oxígeno, Maquina de C-PAP, maquina de respiración SVN? Si No

¿Esta usted asignado actualmente a un encargado de casos? (Manqué abajo) Si No

Encargado de Casos Médicos Encargado de Casos del Comportamiento

¿Esta Usted recibiendo tratamiento por una lesión de trabajo? Si No

¿Esta Usted recibiendo tratamiento para el comportamiento de salud/abuso de sustancias? Si No

¿Esta Usted recibiendo terapia de anticoagulante (diluyente de la sangre)? Si No

Esta Usted actualmente bajo el cuidado de un médico por alguna de las condiciones siguientes o lo han diagnosticado con alguna de las siguientes:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma (Asma) | <input type="checkbox"/> MS (Esclerosis Múltiple) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitas) | <input type="checkbox"/> ALS (Amyotrophic Sclerosis Lateral - Enfermedad De Lou Gehrig) |
| <input type="checkbox"/> CHF (Paro Cardiac Congestivo) | <input type="checkbox"/> CP (Parálisis Cerebral) |
| <input type="checkbox"/> COPD (Enfermedad Crónica del Pulmón) | <input type="checkbox"/> Autoimmune Diseases (Enfermedades Autoinmune) |
| <input type="checkbox"/> CAD (Enfermedad de la Arteria Coronaria) | <input type="checkbox"/> Migraines (Migrañas) |
| <input type="checkbox"/> Pain Management (Manejamiento de Dolor) | <input type="checkbox"/> A-Fib (Fibrilación Atrial) |
| <input type="checkbox"/> CVA (Accidente Vascular Cerebral) | <input type="checkbox"/> Eye diseases / Glaucoma (Enfermedades de Ojo/ Glaucoma) |
| <input type="checkbox"/> TIA (Accidente Isquémico Transitorio) | |
| <input type="checkbox"/> HTN (Hipertensión) | |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker (Marcapasos) | |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro) | |

Por favor ofrezca la siguiente información para cada artículo que usted marcó arriba:

Condición / Fecha que el Tratamiento Empezó / Nombre y Dirección del Doctor /Teléfono del Doctor

Ejemplo: Asma / Enero 1999 / Dr. Jones, 1234 E Any Street / 602-789-1234

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Nombre de Empleado/Dependiente	_____
Teléfono	_____
Numero de Empleado	_____

MEDICACION PARA LA TRANSICIÓN DEL CUIDADO

¿Esta Usted usando medicación uno mismo-inyectable? Si No

¿Usted toma las medicaciones que implican el proceso de la autorización previa (donde su médico solicita y recibe la aprobación para un exento de la cobertura)? Si No

Si es si, anote: _____

MEDICACIONES DE LA FARMACIA ESPECIALISADAS

Por favor marque la caja(s) si Usted tiene alguna de esta condiciones Y esta tomando alguna de estas medicaciones:	Nombre de Medicación
<input type="checkbox"/> Acromegalia (e.g. Sandostatin)	_____
<input type="checkbox"/> Anticoagulantes (e.g. Lovenox)	_____
<input type="checkbox"/> Asma (e.g. Xolair)	_____
<input type="checkbox"/> Modificantes de la Respuesta Biológica (i.e. Amevive, Enbrel, Remicade)	_____
<input type="checkbox"/> Modificantes De la Sangre (e.g. Procrit, Neupogen)	_____
<input type="checkbox"/> Modulador de la Respuesta Biologica (e.g. Proleukine)	_____
<input type="checkbox"/> Granulamatous Crónico (e.g. Actimmune)	_____
<input type="checkbox"/> Condylomata Acuminata (e.g. Alferon)	_____
<input type="checkbox"/> Fibrosis Enquistada (e.g. Pulmozyme, Tobi)	_____
<input type="checkbox"/> Endometriosis (e.g. Lupron, Syranel)	_____
<input type="checkbox"/> Reemplazo De la Enzima (e.g. Fabrazyme, Cerezyme)	_____
<input type="checkbox"/> Hormonas Del Crecimiento (e.g. Genotropin, Humatrope)	_____
<input type="checkbox"/> Hemofilia (e.g. Recombinate)	_____
<input type="checkbox"/> Inmunoglobulinas (e.g. Gamimune)	_____
<input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple (e.g. Avonex, Betaseron)	_____
<input type="checkbox"/> Osteoartritis (e.g. Synvisc) o Osteoporosis (e.g. Forteo)	_____
<input type="checkbox"/> Pubertad Precoz (e.g. Lupron Depot Pediatric)	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata (e.g. Lupron Depot, Viadur)	_____
<input type="checkbox"/> Virus Sincicial Respiratorio (e.g. Synagis)	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis Viral (e.g. Peg-Intron)	_____

Drogas Limitadas en la Distribución:

<input type="checkbox"/> Acromegalia (Somavert)	_____
<input type="checkbox"/> Deficiencia Alpha-1 (Aralast, Prolastin, Zamaira)	_____
<input type="checkbox"/> Cateplexy en pacientes con Narcolepsia (Xyrem)	_____
<input type="checkbox"/> Hipertensión Pulmonar Primaria (Flolan, Remodulin, Tracleer)	_____

Díganos el nombre de la farmacia donde este obteniendo cualquiera de las medicaciones antedichas:

Nombre de Medicación	Nombre de Farmacia	Localización	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____